

ВВЕДЕНИЕ

Студенческая молодежь представляет собой особую социальную группу населения, объединенную определенными возрастными границами (17-25 лет), интенсивным умственным трудом - процессом профессионального обучения, образом жизни и менталитетом. Студенты начальных курсов, в большинстве случаев, имеют биологические особенности, присущие подростковому возрасту. Биологическое формирование организма к 17-20 годам еще не полностью закончено. По данным экспертов ВОЗ процесс роста и развития некоторых систем организм (сердечно-сосудистая, костно-мышечная, психическая сфера) продолжается до возраста 24-25 лет. В период обучения в высших учебных заведениях, в 17-25 лет, у юношей и девушек завершается рост тела в длину, стабилизируется наступившая половая зрелость, энергетические затраты на единицу массы приближаются к таковым у взрослых. Вместе с тем, сохраняется повышенная лабильность нервных и эмоциональных процессов, преобладание процессов возбуждения над процессами торможения. При этом отмечается наибольшая пластичность и выносливость механизмов центральной нервной системы, высокая скорость мыслительных процессов, запоминания и переключения внимания с одного вида деятельности на другой, повышенная познавательная способность и интерес к новому.

При поступлении в высшее учебное заведение у бывшего школьника происходит сложный процесс ломки прежнего жизненного стереотипа и выработка нового. В этот период формируются адаптационно - компенсаторные механизмы и происходит ряд сдвигов со стороны центральной нервной системы. При умственной деятельности активируются различные участки коры головного мозга и субкортикальных образований. В оптимальных условиях это ведет к активации почти всех функций и систем организма студента: возрастает быстрота реакции анализаторов на внешние раздражители, увеличивается лабильность и выносливость механизмов ЦНС и анализаторных систем, скорость мыслительных процессов, повышается работоспособность. Вместе с тем, в последние 15-20 лет значительно возрос удельный вес информационных перегрузок в процессе обучения студентов. Во время экзаменационных сессий к интеллектуально-эмоциональной сфере студентов предъявляются порой чрезмерно высокие

требования, обуславливающие перевозбуждение функций ЦНС и гиперкомпенсаторный характер приспособительных реакций организма. Постоянное функциональное перенапряжение резко нарушает баланс между адренергическими и холинергическими системами, приводя к истощению этих систем. Именно эта дезорганизация вегетативной и эндокринной систем является одной из ведущих причин развития синдрома вегетативной дисфункции, церебрально-сосудистых нарушений и неврозов.

Образ жизни студентов с гигиенических позиций имеет ряд недостатков, приводящих к ухудшению состояния здоровья. У значительной части студентов наблюдается дефицит сна, низкий уровень двигательной активности, нерациональная организация отдыха в течение семестра и каникул, неблагоприятные условия самоподготовки и проживания в общежитии, нарушения режима и характера питания, употребление алкоголя и курение, в некоторых случаях употребление наркотиков. Доказано, что неритмичность учебной нагрузки является фактором, отрицательно влияющим на организм. Существенное негативное воздействие на здоровье студентов оказывает совмещение работы с учебой, что приводит к еще большему дефициту сна, нарушениям отдыха и питания, состоянию хронического стресса. Сочетание учебы на дневном отделении и работы, нередко, в ночное время, стало обыденным явлением в настоящее время и вызывает постоянное переутомление и нарушение психического здоровья юношей и девушек.

Состояние здоровья студентов представляет собой динамический процесс, который постоянно меняется под воздействием внешних и внутренних факторов, сочетанное влияние которых может приводить как к его ухудшению, так и улучшению. По данным некоторых авторов наблюдается ухудшение состояния здоровья студентов от первого к старшим курсам, в основном, за счет увеличения числа лиц, имеющих хронические заболевания. Преимущественный рост за последнее десятилетие патологии костно-мышечной системы, органов пищеварения, центральных и вегетативных отделов нервной системы, болезней системы кровообращения, органа зрения, эндокринной системы и расстройств питания, заболеваний женских и мужских половых органов определил произошедшее изменение структуры заболеваемости, характерной для

студенческой популяции. Данные клинико-эпидемиологических исследований свидетельствуют о значительном увеличении распространенности тяжелых форм заболеваний, об изменении клинической картины их течения. Так, хронические заболевания выявляются у 50-70%, а функциональные расстройства (при отсутствии хронической патологии) – у 20-30% юношей и девушек. Большинство специалистов, работающих в области университетской медицины, сходятся во мнении, что на протяжении последних 20-25 лет отмечается постепенное ухудшение состояния здоровья студенческой популяции. По данным многих авторов состояние здоровья студентов зависит от профиля вуза, условий обучения и проживания студентов в общежитиях, организации питания и физкультурно-оздоровительной работы, наличия или отсутствия четко организованной медицинской помощи.

Ухудшение состояния здоровья студентов, в определенной мере, связано с недостатками в организации и контроле за состоянием здоровья учащейся молодежи; в частности, с несовершенством системы ранней диагностики у юношей и девушек отклонений в состоянии здоровья, отсутствием своевременной их коррекции и лечения. Оставляет желать лучшего система медицинского наблюдения за лицами, страдающими хроническими болезнями и выраженными функциональными расстройствами.

Существующее в настоящее время методическое обеспечение оценки состояния здоровья не позволяет, в соответствии с современными потребностями, объективно и комплексно подходить к определению состояния здоровья всей студенческой популяции и лиц, обучающихся в конкретных вузах. Это, в свою очередь, не дает возможности выявлять приоритетные задачи по организации и проведению адекватной профилактической, оздоровительной и коррекционной работы среди молодежи, определять объемы, кадровое обеспечение и методики, необходимые для такой работы. Следствием отсутствия единых унифицированных подходов к сбору, анализу и интерпретации получаемой информации являются значительные расхождения в данных о здоровье студентов, публикуемых в научных изданиях.

В настоящее время наиболее информативным и доступным инструментом, позволяющим вынести заключение о состоянии здоровья студентов на

индивидуальном, групповом и популяционном уровне, являются профилактические медицинские осмотры, являющиеся первоначальным этапом диспансеризации населения или отдельных социальных и профессиональных групп.

В соответствии со статьей 46 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **«Медицинский осмотр** представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития... Предварительный медицинский осмотр – осмотр, проводимый при поступлении на работу или учебу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, соответствия учащегося требованиям к обучению. Периодический медицинский осмотр - осмотр, проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, учащихся, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового, учебного процесса на состояние здоровья работников, учащихся, в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, продолжению учебы».

«Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации. Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение (в том числе необходимое обследование) за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В случаях, установленных законодательством Российской Федерации, прохождение и проведение медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения

являются обязательными. Порядок проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения и перечень включаемых в них исследований утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Результаты тщательно проведенного профилактического осмотра студентов позволяют дать **комплексную оценку состояния здоровья** на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях. Показатели комплексной оценки являются **наиболее общими параметрами** слежения за здоровьем студенческой молодежи, позволяют оценить эффективность профилактической и оздоровительной работы в вузах.

Институтом гигиены детей и подростков Минздрава СССР в начале 80-х годов прошлого века была разработана и опубликована «Методика комплексной оценки состояния здоровья детей при массовых врачебных осмотрах» (утв. Минздравом СССР 27.04.1982г., №08-14/4). Первоначально методика комплексной оценки состояния здоровья была разработана для детей 3-17 лет включительно, посещающих дошкольные и общеобразовательные учреждения, учебные заведения начального профессионального образования. Спустя 6 лет сотрудниками ВНИИ гигиены детей и подростков Минздрава СССР и специалистами I Московского медицинского института им. И.М.Сеченова были составлены и опубликованы «Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья студентов при массовых профилактических осмотрах» (утв. Минздравом СССР 25.02.1988, № 10-11/31).

За предыдущие два десятилетия методика комплексной оценки доказала свою информативность и целесообразность использования как в отношении детей и подростков, так и в отношении студенческой молодежи. Вместе с тем, за прошедшие годы получены новые данные об этиологии, патогенезе, течении многих заболеваний; произошли изменения в клинических и статистических классификациях болезней; выявлены новые факторы риска развития нарушений здоровья. Поэтому 30.12.2003г. был издан приказ Министерства здравоохранения РФ № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей», а Научным центром здоровья детей РАМН подготовлено соответствующее пособие для врачей-педиатров и специалистов по гигиене детей и подростков.

В то же время «Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья студентов при массовых профилактических осмотрах» не были обновлены, дополнены и переработаны в соответствии с достижениями клинического и профилактического направлений медицинской науки. Все это затрудняет получение объективных данных о здоровье студентов по унифицированной методике, не позволяет проводить сравнительный анализ состояния здоровья студентов в динамике обучения в вузах и сопоставление показателей между вузами одного и различных профилей, не дает возможности принимать управленческие решения по совершенствованию медицинского обслуживания учащейся молодежи. Таким образом, вышесказанное послужило основанием для составления данных методических рекомендаций.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором указывается (ст.2.1), что «здоровье - состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма» при оценке состояния здоровья студентов следует учитывать не только наличие хронических заболеваний, но и функциональные расстройства.

Комплексная оценка состояния здоровья каждого студента с формализацией результата в виде отнесения к одной из «**групп здоровья**» дается врачом с обязательным учетом всех перечисленных ниже критериев:

- наличие или отсутствие хронических заболеваний;
- наличие или отсутствие функциональных расстройств со стороны органов и систем организма;
- уровень физического развития;
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям, определяемая частотой и длительностью течения острых респираторных инфекций с временной утратой трудоспособности. «Часто болеющими студентами» рекомендуется считать юношей и девушек, болевших острыми респираторными заболеваниями 3 и более раз в течение 12 месяцев.

Следует отметить, что используемые в настоящее время в различных законах, приказах и методических документах понятия: «здоровые, практически здоровые и больные, нуждающиеся в лечении», группы «Д_I», «Д_{II}», «Д_{III}», «диспансерные группы», «группы диспансерного наблюдения» опираются на иные критерии и предназначены для решения организационно-управленческих проблем – распределение на группы лиц, нуждающихся в различных объемах медицинских услуг, амбулаторной и стационарной помощи, а также в дорогостоящих мероприятиях: высокотехнологичной медицинской помощи и лекарствах. Распределение на «группы здоровья» дает комплексную характеристику именно состояния здоровья студентов, а сопоставление показателей в динамике наблюдения в течение нескольких лет позволяет выявить основные благоприятные или неблагоприятные тенденции.

Комплексная оценка состояния здоровья студента с определением соответствующей группы здоровья дается сразу по завершении профилактического обследования (профилактического осмотра). Острое заболевание, а также вероятность возникновения нового заболевания, обусловленного наследственной предрасположенностью или условиями жизни, не учитываются. Наличие или отсутствие заболеваний и функциональных расстройств определяется при профилактическом медицинском осмотре с обязательным участием врачей-специалистов.

Врачами в обязательном порядке принимаются во внимание данные проведенных ранее диагностических исследований, учитывается вариант клинического течения и стадия заболевания, а также степень сохранности (утраты) основных функций органов или систем организма, пораженных патологическим процессом. Функциональное состояние органов и систем выявляется клиническими методами, а также при использовании функциональных проб и тестов, проводимых как в процессе врачебного обследования, так и на доврачебном этапе осмотра.

Уровень и степень гармоничности физического развития определяется антропометрическими методами – измерением массы и длины тела общепринятыми методами, с последующим расчетом принятого международного индекса массы тела (ВМТ), так называемого «Индекса Кетле-2». Затем полученные

данные сопоставляются с нормативами, рекомендованными экспертами ВОЗ (табл.1.)

Расчет индекса прост: Индекс Кетле ($ИМТ = \frac{\text{кг}}{\text{м}^2}$) равен массе тела, выраженной в кг, деленной на квадрат длины тела, выраженной в метрах.

Таблица 1.

Классификация массы тела в зависимости от индекса Кетле¹
(для возрастной группы 20 лет и старше)

Масса тела	Индекс массы тела, кг/м ²
Недостаточная (дефицит)	менее 18,5
Норма ²	18,5–24,9
Избыточная масса тела (предожирение)	25,0–29,9
Ожирение	30,0–34,9
Выраженное ожирение	35,0–39,9
Значительно выраженное ожирение	40,0 и более

В соответствии с изложенными критериями и методическими подходами к выявлению отклонений в состоянии здоровья студентов, все обследованные юноши и девушки могут быть отнесены к следующим группам:

- к **I группе здоровья** относятся **здоровые студенты**, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов и функциональных расстройств;

- ко **II группе здоровья** относятся студенты, у которых отсутствуют **хронические заболевания, но имеются функциональные расстройства**, а также: реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные

¹ Использование приведенных показателей дает общее представление о нарушении соотношений между массой тела и ростом конкретного человека. Поскольку указанное нарушение происходит главным образом за счет накопления в организме жировой ткани, использование индекса Кетле вполне пригодно для суждения о выраженности ожирения. При этом следует учесть, что, согласно мнению Комитета экспертов ВОЗ, индекс Кетле не подходит для оценки массы тела людей с развитой мускулатурой, лиц моложе 20 лет или старше 65 лет, беременных и кормящих женщин.

² Для лиц в возрасте 17-19 лет верхней границей нормальной массы тела является индекс массы тела равный: для юношей – 24,4 кг/м², для девушек – 24,6 кг/м².

заболевания; юноши и девушки с нарушениями физического развития без эндокринной патологии (дефицит массы тела, избыточная масса тела); студенты, часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями; юноши и девушки с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций;

- к **III группе здоровья** относятся студенты, **страдающие хроническим(и) заболеванием(ями) в стадии клинической ремиссии при компенсации функциональных возможностей**; или с хроническим заболеванием с редкими обострениями при отсутствии осложнений основного заболевания; юноши и девушки с физическими недостатками, последствиями травм и операций при условии компенсации соответствующих функций, степень компенсации не должна ограничивать возможность обучения и последующей трудовой деятельности молодого специалиста;

- к **IV группе здоровья** относятся студенты, **страдающие хроническими заболеваниями в стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с неполной компенсацией (субкомпенсацией) функциональных возможностей**; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями; с хроническими заболеваниями при высокой вероятности возможных осложнений основного заболевания; с хроническими заболеваниями, требующими поддерживающей терапии; юноши и девушки с физическими недостатками, последствиями травм и операций с неполной компенсацией соответствующих функций, что, в определенной мере, ограничивает возможность обучения или последующей трудовой деятельности молодого специалиста;

К **V группе здоровья** относятся студенты, **страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями с выраженной декомпенсацией функциональных возможностей** организма; с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; студенты с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и

значительным ограничением возможности обучения или последующей трудовой деятельности молодого специалиста.

В большинстве случаев, студенты, отнесенные к V группе здоровья, получают высшее образование в специализированных учебных заведениях или на специализированных факультетах и отделениях вузов.

Каждый врач-специалист, участвующий в осмотре, на основании анализа данных, содержащихся в медицинской документации, результатов собственного осмотра, а также инструментальных и лабораторных исследований выносит (по своей специальности) полный клинический диагноз с указанием основного заболевания (функционального расстройства), его стадии, варианта течения, степени сохранности функций, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний. В отношении юношей и девушек, не имеющих нарушений здоровья, выносится заключение «здоров(а)». Комплексную оценку состояния здоровья обследованного студента на основании заключений специалистов и результатов собственного обследования дает врач-терапевт, возглавляющий работу медицинской бригады, проводящей профилактический осмотр.

При последующих проведениях профилактических осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за лицами, имеющими отклонения в состоянии здоровья, группа здоровья, определенная у студента в предыдущие годы, может изменяться в зависимости от динамики патологических процессов.

При наличии нескольких функциональных отклонений и заболеваний у одного студента окончательная оценка состояния здоровья производится по наиболее тяжелому из них. При наличии нескольких заболеваний, каждое из которых служит основанием для отнесения больного к III группе здоровья и снижению, при этом, функциональных возможностей организма, больного относят к IV группе здоровья.

Большое медико-социальное значение имеет выделение II группы здоровья, так как функциональные возможности студентов, отнесенных к этой группе, еще не снижены, но у них, как правило, существует высокий риск формирования хронической патологии. Юноши и девушки этой группы, зачастую, нуждаются в проведении определенных оздоровительных и коррекционных мероприятий и диспансерном наблюдении. При отсутствии медицинского контроля и адекватной

лечебно-оздоровительной работы на фоне функциональных расстройств могут сформироваться хронические заболевания.

В итоге, по результатам полного осмотра каждого студента выносятся заключительный развернутый клинический диагноз, определяется группа здоровья, к которой отнесен студент, даются рекомендации по профилактике и коррекции заболеваний, оздоровлению, лечению, реабилитации. Определяется необходимый круг мероприятий медицинского, а иногда и психолого-педагогического характера, направленных на улучшение психологической адаптации студента. Нередко студенты с выраженными нарушениями здоровья нуждаются в материальной помощи и социальной поддержке.

Студентам с впервые заподозренными в момент осмотра заболеваниями или функциональными расстройствами, а также с подозрением на изменившийся характер течения болезни, уровень функциональных возможностей, появление осложнений и др. должно быть проведено в полном объеме необходимое диагностическое обследование. После получения результатов обследования выносятся уточненный диагноз, составляется заключение и рекомендации.

Студенты, отнесенные к I группе здоровья, проходят периодические медицинские осмотры в полном объеме **в сроки, определённые нормативно-методическими документами.**

Контроль за состоянием здоровья студентов, отнесенных ко II группе здоровья, осуществляется при **ежегодной диспансеризации** с обязательным обследованием врачом-специалистом по профилю выявленного функционального расстройства.

Студенты, отнесенные к III-V группам здоровья, подлежат **диспансерному наблюдению** и обследуются в соответствии с порядком наблюдения за лицами, имеющими соответствующее хроническое заболевание, определённым нормативно-методическими документами. Кроме того, контроль за их состоянием здоровья и оценка эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий осуществляется терапевтом и врачом-специалистом по профилю заболевания.

В данных методических рекомендациях для унификации методики комплексной оценки состояния здоровья студентов приводится «Алгоритм определения групп здоровья у студентов по результатам профилактических

медицинских осмотров» (Приложение). По сравнению с «Методическими рекомендациями по комплексной оценке состояния здоровья студентов при массовых профилактических осмотрах», 1988 года, Алгоритм существенно переработан и дополнен в соответствии с современной структурой заболеваемости молодежи, отечественными клиническими классификациями и Международной классификацией болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Кроме того, с учётом сформировавшихся в последние годы особенностей состояния здоровья студентов, пересмотрен список заболеваний и функциональных расстройств, наиболее часто встречающихся при профилактических осмотрах.

Комплексная оценка состояния здоровья в таком унифицированном виде в некоторой степени условна. Однако многолетнее использование данной методики учреждениями практического здравоохранения, научно-исследовательскими институтами и кафедрами вузов показало ее достаточно высокую информативность, простоту использования и возможность применения для сопоставительного анализа показателей состояния здоровья различных детских, подростковых и студенческих коллективов.

Следует отметить, что результаты комплексной оценки состояния здоровья способствуют, в определенной степени (в качестве скрининга), решению прикладных медико-социальных задач: отнесение каждого студента к медицинской группе для занятия физической культурой, спортивный отбор, решение экспертных вопросов при выборе специальности, специализации и трудоустройстве, при призыве на военную службу и др.

Информативность комплексной оценки состояния здоровья обучающихся полностью зависят от тщательности медицинского обследования, выявления всех хронических заболеваний и функциональных расстройств, соблюдения четырех критериев отнесения студентов к той или иной группе здоровья.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АЛГОРИТМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

В настоящий Алгоритм включены не все функциональные расстройства и хронические заболевания, встречающиеся в возрасте 18-25 лет, а только нарушения

здоровья, наиболее часто диагностируемые при профилактических осмотрах и диспансеризации студентов. При выявлении патологии, не представленной в настоящем Алгоритме, оценка состояния здоровья осуществляется на основании изложенных выше принципов и с обязательным учетом варианта течения, степени тяжести заболевания, нарушений соответствующих функций, наличия осложнений и других признаков.

Следует отметить, что в МКБ-10 включены практически все хронические болезни, распространенные в настоящее время среди детей, подростков и молодежи. В то же время, в Международную классификацию болезней десятого пересмотра внесено не более 65% функциональных расстройств, часто выявляемых при профилактических осмотрах. В связи с этим в представленном Алгоритме (графа 2 «Шифр по МКБ-10») напротив формулировки отдельных функциональных расстройств отсутствуют возможные варианты кодирования. При этом регистрация всех функциональных расстройств является обязательной, так как клиническими и эпидемиологическими исследованиями установлено, что в большинстве случаев такие функциональные нарушения являются факторами высокого риска развития хронической патологии. Учет таких состояний необходим для повышения эффективности медицинского наблюдения, профилактической, оздоровительной и коррекционной работы, контроля их качества.

Иногда привычная или принятая официальная терминология не отражает разницы между функциональными расстройствами и хроническими заболеваниями, что является, в определенной мере, препятствием в решении вопроса о правильном отнесении студента к группе здоровья. В связи с этим, в настоящем Алгоритме дано достаточно подробное описание критериев, позволяющих врачу правильно разграничить функциональные нарушения и хроническую патологию.

В графе 4 «Примечания» приведены уточняющие критерии отнесения студентов к конкретным группам здоровья.

Отдельные состояния, являющиеся осложнениями основного заболевания, или острыми состояниями, обусловленными основным патологическим процессом, могут не выявляться непосредственно в момент осмотра. В то же время, наличие таких состояний в анамнезе необходимо учесть, направить студента на

углубленное диагностическое обследование, по окончании которого определить группу здоровья и провести превентивное лечение.

По результатам профилактических осмотров студентов необходимо подсчитать, сначала в абсолютных показателях, а затем определить в процентах численность каждой группы здоровья и занести данные в соответствующую таблицу (табл. 2). Сопоставление данных о численности каждой группы здоровья для студентов различных курсов, факультетов, вузов, в разные годы обучения позволяет в обобщенном виде определять основные тенденции в динамике состояния здоровья учащейся молодежи.

Таблица 2.

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НА ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ
СТУДЕНТОВ _____ ФАКУЛЬТЕТА _____ ВУЗА
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА,
ПРОВЕДЕННОГО В 201_ – 201_ учебном году (в %)**

Группы здоровья	Юноши n = (количество обследованных юношей)		Девушки n = (количество обследованных девушек)		Оба пола вместе n = (общее количество обследованных студентов)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
первая						
вторая						
третья						
четвертая						
пятая						

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ результатов комплексной оценки состояния здоровья студентов не может и не должен подменять данные анализа официальной статистической отчётности, которая отражает сведения о заболеваемости по обращаемости в медицинские организации и диспансеризации. Результаты комплексной оценки состояния здоровья студентов являются логичным дополнением к заключениям и выводам, получаемым при анализе параметров официальной статистической отчётности.

Учёт студентов, отнесённых ко II группе здоровья, в том числе с состояниями, не классифицируемыми в МКБ-10, обеспечивает возможность более

широко подхода к формированию групп студентов, имеющих высокий риск развития хронической патологии, для проведения целенаправленной профилактической и коррекционной работы.

Кроме того, методику комплексной оценки состояния здоровья целесообразно использовать для изучения и оценки влияния на здоровье студентов различных факторов жизнедеятельности (условий обучения и проживания, питания, двигательной активности, поведенческих факторов риска, организации медицинской помощи и др.) с целью научного обоснования мероприятий по сохранению и укреплению здоровья учащейся молодежи.

Приложение.

АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
органы кровообращения			
пороки сердца: врожденные приобретенные	Q20-Q28 I34-I38 I05-I09	III, IV, V	В зависимости от компенсации (степени недостаточности кровообращения) - при отсутствии недостаточности кровообращения - III; - при недостаточности кровообращения 1 ст. - IV; - при недостаточности кровообращения в ст. более 1 - V.
миокардит неревматической этиологии	I40-I41	III, IV, V	при полной клинической ремиссии -III, при неполной клинической ремиссии – IV, V
ревматическая лихорадка	I00-I02	III, IV	без порока сердца - при отсутствии признаков активности ревматического процесса, от 1 года до 5 лет после атаки - III, - в период стихания активности ревматического процесса (от 6 мес. до 1 года после атаки)- IV
Малые аномалии сердца: - открытое овальное окно; - двустворчатый клапан	Q21,1	II	

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
аорты; - аномально расположенная хорда;	Q23,1 Q24,8		
пролапс митрального клапана	I 34.1	I, II, III, IV	без регургитации – I; с регургитацией 1 ст- II; с регургитацией в ст. более 1– III - IV.
нарушения ритма сердца и проводимости: -экстрасистолии; -тахикардии; -синдром преждевременного возбуждения желудочков; -брадикардии (СССУ, миграция предсердного водителя ритма)	I49.1- I49.4 I47 – I48 I45.6 I49.5 I49.8	II, III, IV	II; - при наличии нарушений функций сердца, аллоритмии– III, IV - без пароксизмов II; - при наличии пароксизмов – III, IV - при наличии синкопе – V
блокады сердца: -предсердно-желудочковые блокады I ст. -предсердно-желудочковые блокады II-IIIст; -внутрижелудочковые блокады	I44.0 I44.1- I44.3 I44.4- I45.	II, III, IV, V	- II; - при наличии синкопе III-V - III-V
синдром вегетативной дисфункции по ваготоническому типу		II, III	- средние уровни САД и/или ДАД в пределах 10-5-го перцентиля для данного пола, возраста и роста – II; - при наличии вегетативной дисфункции: потливость, повышенная утомляемость, головные боли и др. – III.
синдром вегетативной дисфункции по симпатикотоническому типу		II, III	- средние уровни САД и/или ДАД в пределах 90-95-го перцентиля для данного пола, возраста и роста – II; - при наличии вегетативной дисфункции: тахикардия, субфебрилитет и отсутствии изменений в сосудах глазного дна и на ЭКГ – III.
болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением, в т.ч. эссенциальная [первичная]	I10 – I15	III, IV, V	- средние уровни САД и или ДАД равные или превышают значение 95-го перцентиля для данного пола, возраста и

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
гипертензия, гипертензивная [гипертоническая] болезнь			роста – III, IV (в зависимости от уровня АД и тяжести течения), - при появлении сердечной недостаточности - V.
варикозное расширение вен н/конечностей, флебит и тромбофлебит поверхностных и глубоких вен н/конечностей	I 83, I80,0-I80,3	III, IV	при отсутствии венозной недостаточности – III; при наличии венозной недостаточности – IV
варикозное расширение вен мошонки	I86,1	III, IV	при отсутствии венозной недостаточности – III; при венозной недостаточности – IV
органы пищеварения			
кариес (декомпенсированный)	K02	II	множественный (4-5 и более зубов)
функциональные расстройства желудка	K31	II	при отсутствии эндоскопических признаков хронического процесса
функциональные кишечные нарушения	K59	II	
хронический гастрит	K29.4, K29.5, K 29.7	III	при наличии эндоскопических признаков
хронический дуоденит, гастродуоденит	K29.8-K29.9	III	при наличии эндоскопических признаков
эрозивный гастродуоденит, язва желудка, язва 12-п. кишки (язвенная болезнь)	K25, K26	III, IV	в стадии ремиссии – III; при осложнениях – IV.
эзофагит, гастроэзофагальный рефлюкс	K20, K21	III, IV	в стадии ремиссии – III; при осложнениях – IV.
болезнь Крона, неспецифический язвенный колит	K 50 - K 52	III, IV	в стадии ремиссии – III, при обострении – IV.
синдром нарушения кишечного всасывания	K 90.0	II, III, IV, V	вторичного характера–II; первичного характера в зависимости от тяжести течения – III, IV, V
хронический панкреатит	K 86	III, IV	в стадии ремиссии – III; при осложнениях – IV.
хронический гепатит	K 73	III, IV, V	вне обострения – III, при обострении в зависимости от тяжести – IV, V
хронический холецистит	K 81.1	III	в стадии ремиссии – III; при осложнениях – IV
дискинезия пузырного протока и желчного пузыря	K 82.8	II, III	в стадии ремиссии – II; при осложнениях – III
другие болезни	K83	III, IV	в стадии ремиссии – III; при

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
желчевыводящих путей			осложнениях – IV.
гельминтоз	B 65-B 83	II, III	без признаков интоксикации – II, при наличии признаков интоксикации - III
грыжи	K40-K46	I, III	до проведённого оперативного лечения – III; после проведённого оперативного лечения при отсутствии осложнений – I.
кровь и кроветворные органы			
анемии, связанные с питанием (железодефицитная и др.)	D50, D51, D52, D53	II, III	при легком течении - II при среднетяжелом - III
органы дыхания			
хронический бронхит, простой, слизисто-гнойный, обструктивный, эмфизематозный, неуточненный	J40-J42, J44	III, IV, V	в зависимости от компенсации (степени дыхательной недостаточности) и частоты обострений: -1-4 раза в год – III; -5-6 раз в год - IV
астма бронхиальная	J45	III, IV, V	при полной клинической ремиссии – III; при неполной клинической ремиссии – IV В зависимости от компенсации (по клиническим и функциональным показателям, данным аллергологического обследования): -при легком течении – III, - при среднетяжелом течении – IV; при тяжелом течении – IV или V; при гормональной зависимости – V.
бронхоэктатическая болезнь	J47	III, IV, V	в зависимости от компенсации (степени дыхательной недостаточности)
аллергический ринит	J30	II, III, IV,	при легком течении – II; при среднетяжелом – III; при тяжелом течении – IV
хронический ринит	J31.0	III	
хронические болезни	J35	II, III	при гипертрофии миндалин и

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
миндалин и аденоидов			аденоидов 2, 2-3 ст., отсутствии лакунарных наложений и признаков интоксикации – II; при гипертрофии 3 ст.–III
хронический синусит	J32	III	
искривление носовой перегородки без нарушения дыхания		II	при отсутствии ночного храпа и ночных апноэ
хронический назофарингит, хронический фарингит	J 31.1, J 31.2	II, III	без клинических проявлений - II
носовые кровотечения	R 04.0	II	при отсутствии тяжёлой органической патологии, их обуславливающих
поллиноз		II, III, IV	в ремиссии – II, при обострении– III, IV в зависимости от тяжести течения
ухо и сосцевидный отросток			
хронический отит	H65-H75	III, IV	при обострениях до 4 раз в год – III; при обострениях свыше 4 раз в год и отчётливом снижении слуха – IV
отосклероз, кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха (в том числе кохлеарный неврит и др.) потеря слуха неуточненная (в т.ч. глухота на оба уха)	H80; H90; H91.9; H93-H95	III, IV, V	в зависимости от степени потери слуха: -шепотная речь слышна на расстоянии более 3 метров – III; -шепотная речь слышна на расстоянии от 1 до 3 метров- IV; шепотная речь не слышна – V
нарушения вестибулярной функции, вестибулярные синдромы	H81 –H83	II, III, IV	в зависимости от выраженности вестибулярных нарушений II, III, IV
психические расстройства и расстройства поведения			
соматоформная дисфункция вегетативной нервной систе- мы, нейроциркуляторная астения (по гипертензивному, гипотензивному, кардиаль-	F45.3	II, III	(См. выше –синдром вегетативной дисфункции) - транзиторное течение – II; -хроническое (более 6 месяцев) – III

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
ному, смешанному типам)			
фобические тревожные расстройства	F 40	II, III	-слабо выраженные – I;I -выраженные – III
неврастения	F48.0	II	
невротические и/или астенические реакции	F48.8	II	
невротические реакции, связанные со стрессом	F43.2	II, III	- слабо выраженные – II - выраженные – III
расстройство сна неорганической этиологии	F51	II, III	- транзиторное течение – II; -хроническое (более 6 месяцев) – III
астено-невротический синдром		III	
неврозы	F48.9	III, IV	- транзиторное течение – III; -хроническое (более 12 месяцев) – IV
органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство	F06.6	III	
другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга	F06.0-F06.3; F06.5; F06.81 – F06.82	III, IV	- транзиторное течение – III ; -хроническое (более 12 месяцев) – IV
расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением (черепно-мозговая травма) или дисфункцией головного мозга	F07	II, III	- слабо выраженные – II - выраженные – III
эмоциональные расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте (тики, энурез, логоневроз, др.)	F90-F98	II, III	- слабо выраженные - II - выраженные - III
специфические расстройства личности (психопатии)	F60- F62	II, III	слабо выраженные - II выраженные – III
шизотипическое расстройство	F 21	III	
психические расстройства и расстройства поведения, связанные (вызванные) употреблением психоактивных веществ	F11 – F16.1, F16,2; F18 – F19.1, F19.2; F1*.5	III, IV	при наличии абстинентного синдрома — III -при личностных изменениях– IV
мания с психотическими симптомами	F30.02; F31.2	III	
депрессивный эпизод легкой, средней и тяжелой степени с психотическими симптомами	F32.0; F32.1; F32.2; F32.3	III, IV	- при легкой степени – III, - при рецидивирующем течении – IV
циклотимия, дистимия	F34.0; F34.1	III	
расстройства привычек и	F63.0 –	III	

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
влечений	F63.8;F64.0		
диссоциативное [конверсионное] расстройство	F44.0 – F44.9	III, IV	- транзиторное течение – III; -хроническое (более 12 месяцев) – IV
нервная система			
эпилепсия	G40	III, IV	на фоне резидуально - органических поражений головного мозга, в стадии компенсации (без постоянной терапии) - III в стадии субкомпенсации (с постоянной терапией) - IV
мигрень	G43	III	
головные боли напряжения и другие синдромы головной боли (в т.ч. неясной этиологии)	G 44	III	
расстройства вегетативной (автономной) нервной системы	G90	II, III	без ангиоспазмов с частотой менее 1 раза в неделю - II с ангиоспазмами – III
гидроцефалия	G 91	III, IV	при компенсации – III, при клинических проявлениях – IV
детский церебральный паралич	G80	III, IV, V	в зависимости от выраженности симптоматики и степени компенсации III, IV, V
полиневропатии	G62	III, IV	двигательные, чувствительные и координационные нарушения: - без снижения функциональных возмозж.- III; - при снижении - IV
демиелинизирующая болезнь центральной нервной системы	G37.9	III, IV	вне обострения– III, в период обострения– IV
глаз и его придаточный аппарат			
аккомодационное косоглазие	H50	II	без амблиопии при остроте зрения с коррекцией на оба глаза не менее 1,0 без нарушений бинокулярного зрения
Паралитическое и неаккомодационное косоглазие	H49	III, IV	с учетом степени аномалии рефракции
гиперметропия сл. степени	H52.0	II	

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
гиперметропия средней и высокой степеней	H52.0	III	
спазм аккомодации, предмиопия		II	
миопия слабой степени	H52.1	II	
миопия средней и высокой степеней	H52.1	III	
амблиопия	H53.0	III	
анизометропия	H52.3	II, III	до 5 диоптрий – II свыше 5 диоптрий – III
хронические аллергические и воспалительные заболевания защитного аппарата и переднего отрезка глаз	H01, H13.2	III	
аллергический конъюнктивит	H10	II, III	в зависимости от течения и осложнений
мочеполовая система			
гломерулярные болезни (гломерулонефрит)	N00-N08	III, IV, V	при полной ремиссии – III; при активности и снижении функции почек – IV; в стадии хронической почечной недостаточности – V
тубулоинтерстициальные болезни (пиелонефрит хронический – первичный, вторичный, интерстициальный нефрит обменного генеза и др.)	N10-N16	III, IV, V	при полной ремиссии – III; при активности и при снижении функции почек – IV; в стадии хронической почечной недостаточности – V
нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (нарушение ритма мочеиспускания)		II	
энурез	F98.0, N39.4	III	
малые аномалии почек и мочевыводящих путей (ротация почек, дистопия почек, небольшая пиэлоэктазия, подвижность почек) при отсутствии мочевого синдрома	Q60- Q64	II, III, IV	при отсутствии мочевого синдрома – II; при присоединении мочевого синдрома – III; при снижении функции почек – IV
врожденные пороки развития почек и мочевыводящих путей	Q60- Q64	III, IV, V	при сохранных функциях почек – III; при снижении функции почек – IV; в стадии хронической почечной недостаточности – V

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
другие болезни почек и мочеточника	N25-N29	III, IV, V	при сохранных функциях почек – III; при снижении функции почек –IV; в стадии хронической почечной недостаточности – V
инфекции мочевыводящих путей, хронический цистит	N30.1- N30.2	III	
вторичная артериальная гипертензия (ренальная)	I15	III, IV	при нормальной функции почек и отсутствии осложнений со стороны др. органов и систем – III; при снижении функции почек и наличии осложнений со стороны др. органов и систем – IV
мочекаменная болезнь	N20- N23	III, IV, V	при сохранных функциях почек – III; при снижении функции почек –IV; в стадии хронической почечной недостаточности - V
болезни мужских половых органов	N40- N51	III, IV	при нормальной функции органов и отсутствии осложнений со стороны др. органов и систем – III; при снижении функции органов и наличии осложнений со стороны др. органов и систем – IV
воспалительные болезни женских тазовых органов	N70- N77	III, IV	при нормальной функции органов и отсутствии осложнений со стороны др. органов и систем – III; при снижении функции органов и наличии осложнений со стороны др. органов и систем – IV
невоспалительные болезни женских половых органов	N80- N90; N96- N99	III, IV	при нормальной функции органов и отсутствии осложнений со стороны др. органов и систем – III; при снижении функции органов и наличии осложнений со стороны др. органов и систем – IV
расстройства менструального	N91,	III	для девушек, у которых с

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
цикла (отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации, обильные, частые и нерегулярные менструации, скудные и редкие менструации); аномальные кровотечения из матки и влагалища; болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом	N92 N93 N94		момента менархе (первой менструации) прошло 2 года и более
болезни молочной железы (доброкачественные, воспалительные)	N60- N61; N62, N64;	III	
эндокринная система, обмен веществ			
увеличение щитовидной железы	E00-E04.0	II, III	- увеличение I, II ст. без нарушения функции – II; - увеличение III, IV ст. без нарушения функции – III; - увеличение I – IV ст. с гипо- или гипертиреозом - III
тиреотоксикоз [гипертиреоз]	E05	III, IV	- при отсутствии осложнений со стороны др. органов и систем – III; - при наличии осложнений со стороны др. органов и систем – IV
тиреоидит	E06	III, IV	- при отсутствии осложнений со стороны др. органов и систем – III; - при наличии осложнений со стороны др. органов и систем – IV
недостаточность питания (дефицит массы тела)	E43-E46	II	масса тела меньше значений минимального предела «нормы» относительно длины тела
избыток массы тела		II	масса тела больше значений максимального предела «нормы» относительно длины тела
низкорослость [карликовость]	E34.3	II, III, IV	-варианты роста меньше минимального предела «нормы» относительно

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
			возраста и пола и при отсутствии эндокринных нарушений – II; -при наличии эндокринных нарушений в зависимости от их тяжести – III или IV
ожирение экзогенно-конституциональное I -IVст.	E66	III, IV	- при индексе массы тела 30 и более кг/м ² за счет жировотложения и при отсутствии изменений сердечно-сосудистой, половой, нервной и др. систем – III, - при индексе массы тела 30 и более кг/м ² за счет жировотложения и при наличии изменений сердечно-сосудистой, половой, нервной и др. систем – IV
нарушения толерантности к глюкозе	R 73.0	II	
инсулинзависимый сахарный диабет (I типа)	E10.0	III, IV	в зависимости от степени компенсации
сахарный диабет (II типа)	E11	III, IV	в зависимости от степени компенсации
метаболический синдром		III, IV	в зависимости от степени компенсации
юношеская гинекомастия	N62	II	при исключении эндокринной патологии
гиповитаминоз, гипервитаминоз, дефицит или избыток минералов	E50-E56, E64	II	
задержка полового созревания	E30.0	II, III, IV	без сопутствующих эндокринных заболеваний - II, при их наличии и в зависимости от тяжести III или IV
нарушения обмена веществ	E70-E90	III, IV	- при отсутствии осложнений со стороны др. органов и систем – III; - при наличии осложнений со стороны др. органов и систем – IV
кожа и подкожная клетчатка			
атопический дерматит, экзема, нейродермит,	L20, L23	III, IV	в зависимости от локализации процесса,

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
аллергический дерматит			распространенности, интенсивности кожного процесса. при ограниченной локализации, или невыраженной степени пролиферации и лихенизации, умеренном зуде, без нарушений сна – III; при распространенных высыпаниях или выраженной пролиферации и лихенизации, значительном зуде и нарушениях сна – IV.
крапивница	L50	II, III, IV	локализованная – II; генерализованная, рецидивирующая – III; генерализованная, рецидивирующая с отёком Квинке или анафилактич. шоком (в анамнезе) – IV.
зуд	L29	II	
папулосквамозные нарушения (псориаз, парапсориаз и др.)	L40 – L45	III, IV	в зависимости от степени компенсации
костно-мышечная система и соединительная ткань			
кифоз, лордоз	M40	II	при отсутствии рентгенологических признаков других изменений позвоночника
сколиоз	M41	III, IV	рентгенологически и клинически не более 2ст. искривления – III; искривление более 2ст. или наличие нарушений функции внутренних органов – IV
юношеский остеохондроз	M42	III, IV	без выраженных клинических проявлений – III; с выраженным локальным и/или корешковым болевым синдромом, парестезиями и др. клиническими проявлениями – IV

Классы, группы болезней, отдельные нозологические формы	Шифр по МКБ-10	Группа здоровья	Примечания
нарушения осанки		II	при отсутствии рентгенологических признаков других изменений позвоночника
уплощение стоп		II	по результатам плантографии
плоская стопа (плоскостопие)	M21.4	III	по результатам плантографии
вальгусная деформация стопы	M21.0	III	
врожденные и рахитические деформации грудной клетки	Q67.5-Q67.7	I	
дорсопатии (в т.ч. спондилопатии), врожденные деформации позвоночника	M40-M54	III, IV	в зависимости от компенсации анатомического дефекта и состояния функции внутренних органов
деформации голени, бедра	M21,7-M21,9	III, IV	в зависимости от компенсации анатомического дефекта
артропатии, остеопатии и хондропатии	M00-M25, M80-M94	III, IV	в зависимости от компенсации процесса
юношеский (ювенильный) артрит	M08	III, IV	в зависимости от компенсации процесса
юношеский ревматоидный артрит	M08.0	III, IV	в зависимости от компенсации процесса
поражение мышц, поражение синовиальных оболочек и сухожилий, поражение мягких тканей	M60-M63, M65-M68, M70-M79	III, IV	в зависимости от компенсации процесса и состояния функции
хронический остеомиелит	M86,3-M86,6	III, IV	в зависимости от частоты обострений и состояния функции анатомического образования
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, не классифицированные в других рубриках			
аллергические реакции (на пищевые продукты, лекарства, вакцины и др.)		II	

Литература:

1. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Методика комплексной оценке состояния здоровья детей при массовых врачебных осмотрах/ методические рекомендации, утв. Минздравом СССР 27.04.1982г., №08-14/4.- М.-1982.
3. Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья студентов при массовых профилактических осмотрах» /утв. Минздравом СССР 25.02.1988, № 10-11/31/-М.,1988.-15с.
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2003 № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 №302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».
6. Приказ Минздрава России от 6.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра».
7. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1344н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения».
8. Приказ Минздрава России от 3.02.2015 № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».